

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-1 ИНФЕКЦИИ И ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ



Кадиров Жонибек Файзуллаевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОИВ-1 ИНФЕКЦИЯСИ КЕЧИШИНING КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС РЕАБИЛИТАЦИЯЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ

Қодиров Жонибек Файзуллаевич

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF HIV-1 INFECTION AND THE IMPORTANCE OF COMPREHENSIVE REHABILITATION OF PATIENTS

Kadirov Jonibek Faizullaevich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: jonibek1810@gmail.com

Резюме. Мақолада турли ёш гуруҳларидаги беморларда ОИВ-1 инфекциясининг клиник кечиши, энг кўп учрайдиган патологик кўринишлар, жумладан анемия, тромбоцитопения, ОИВ-энцефалопатия, кардиомиопатия, дерматозлар, вазн йўқотиш ва диарея синдроми ҳақида маълумотлар келтирилган. Иккиламчи вирусли инфекциялар, ёндош касалликлар ривожланишининг ёшга боғлиқ хусусиятлари ва уларнинг беморлар ногиронлигига таъсири қайд этилган. ОИВ инфекциясининг ривожланиши, иммунитет танқислигининг ривожланиши ва ногиронлик частотасининг ошиши ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик кўрсатилган. ОИВ инфекциясига чалинганларни даволаш, реабилитация қилиш ва ижтимоий қўллаб-қувватлашда комплекс ёндашув зарурлиги таъкидланди.

Калит сўзлар: реабилитация, ногиронлик, антиретровирус терапия, иммунитет танқислиги.

Abstract. The article presents data on the clinical course of HIV-1 infection in patients of different age groups, the most common pathological manifestations, including anemia, thrombocytopenia, HIV encephalopathy, cardiomyopathy, dermatoses, body weight disorders and diarrheal syndrome. Age-related features of the development of secondary viral diseases, concomitant diseases and their contribution to the disability of patients are noted. A direct relationship between the progression of HIV infection, the development of immunodeficiency and an increase in the disability cycle is shown. The need for comprehensive care for the situation, pandemics and social support for people living with HIV is emphasized.

Key words: rehabilitation, disability, antiretroviral therapy, immunodeficiency.

Актуальность. Несмотря на достижения антиретровирусной терапии, ВИЧ-инфекция остается тяжелым хроническим заболеванием, сопровождающимся выраженными клиническими проявлениями и развитием множества сопутствующих патологий, ухудшающих качество жизни пациентов [9,10]. Возрастные особенности клинического течения, высокий риск инвалидизации и необходимость комплексной реабилитации делают изучение этих аспектов крайне важным для разработки эффективных стратегий медицинской помощи и социальной поддержки людей, живущих с ВИЧ [2, 3]. Комплексное понимание механизмов поражения различных органов и систем при ВИЧ-инфекции позволяет оптимизировать индивидуализированный подход к ведению таких пациентов.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 357 пациентов с верифицированным диагнозом ВИЧ-1 инфекции, находившихся

под диспансерным наблюдением в Республиканском центре СПИД. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании и обработку персональных данных.

Распределение обследованных учитывало стадию и возрастные особенности заболевания согласно клинической классификации ВИЧ-инфекции. Диагностика ВИЧ-инфекции проводилась с использованием серологических методов (ИФА, иммуноблоттинг) и подтверждалась определением вирусной нагрузки методом ПЦР. Уровень CD4⁺ лимфоцитов определяли методом моноклональных антител для оценки степени иммунодефицита.

Для анализа клинических проявлений заболевания проводилась комплексная оценка состояния пациентов, включающая антропометрические измерения масса тела, индекс массы тела, клинический осмотр для выявления симптомов различных сопутствующих

заболеваний, оценку неврологического статуса с целью диагностики нейрокогнитивных расстройств и ВИЧ-энцефалопатии, лабораторные исследования, общий анализ крови, серологическое тестирование на сопутствующие вирусные инфекции, инструментальные методы ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эхокардиография для выявления признаков дилатационной кардиомиопатии, оценку психо-социального состояния с использованием стандартизированных анкет и психологических тестов.

Статистический анализ проводился с применением методов описательной статистики. Частотные показатели процентная распространённость симптомов и заболеваний рассчитывались отдельно для каждой возрастной группы.

Отдельно анализировалась частота установления инвалидности среди пациентов с различными стадиями ВИЧ-инфекции на основании данных медицинских освидетельствований, соответствующих приказам и нормативным актам по признанию граждан инвалидами в связи с заболеванием.

Полученные результаты. Клиническое течение ВИЧ-1 инфекции у обследованных пациентов характеризовалось наличием выраженных нарушений со стороны иммунной системы, симптомов острой ВИЧ-инфекции, которая сопровождается различными проявлениями и развитием вторичных заболеваний различной этиологии и тяжести. Так, снижение массы тела, являющееся характерным клиническим проявлением ВИЧ-инфекции, было зафиксировано у 48% пациентов в возрасте 14–25 лет, у 80,8% - в группе 25–35 лет, у 78,57% - в группе 35–60 лет и у 54,5% - у пациентов старше 60 лет. Потеря массы тела отражает нарушения метаболических процессов и иммунного гомеостаза (рис. 1).

Диарейный синдром встречался у 40% пациентов в группе 14–25 лет, у 72,6% - в группе 25–35 лет, у

75% - среди лиц 35–60 лет и у 47,3% - у пациентов старше 60 лет (рис.2.). Частота этого симптома свидетельствует о его важности как клинического маркера ВИЧ-инфекции, связанного с поражением пищеварительного тракта как вирусной, так и вторичной бактериальной флорой.

Сопутствующая вирусная инфекция, в частности вирусные гепатиты, выявлялась с разной частотой в зависимости от возраста. Так, ВГС был диагностирован у 12% пациентов в группе 14–25 лет, у 42% - в группе 25–35 лет, у 8% - среди лиц 35–60 лет и у 6% - у пациентов старше 60 лет. ВГВ был зафиксирован у 14%, 24%, 4% и 4% соответственно. ВГА диагностирован у 2% пациентов в возрастной группе 14–25 лет, а ВГД - у 4% в группе 25–35 лет и у 2% в группе 35–60 лет. Гепатомегалия была зафиксирована у 22% пациентов в возрасте 14–25 лет, у 42,4% - в группе 25–35 лет, у 32,1% - в группе 35–60 лет и у 3,63% - у пациентов старше 60 лет. Поражение печени обусловлено как прямым действием ВИЧ, так и сопутствующими вирусными инфекциями.

Гематологические изменения у ВИЧ-инфицированных, анемия была диагностирована у 16% пациентов в возрастной группе 14–25 лет, у 20,5% - в группе 25–35 лет, у 39,3% - среди пациентов 35–60 лет и у 25,5% - у лиц старше 60 лет. Данный синдром обусловлен негативным воздействием вируса на костный мозг, что приводит к нарушению процессов гемопоэза. Тромбоцитопения была выявлена у 4% пациентов в возрастной группе 14–25 лет, у 4,1% — в группе 25–35 лет, у 7,14% - в группе 35–60 лет и у 10,9% — у пациентов старше 60 лет. Снижение уровня тромбоцитов ассоциируется с угнетением кроветворной функции и активацией иммунных и аутоиммунных механизмов повреждения.

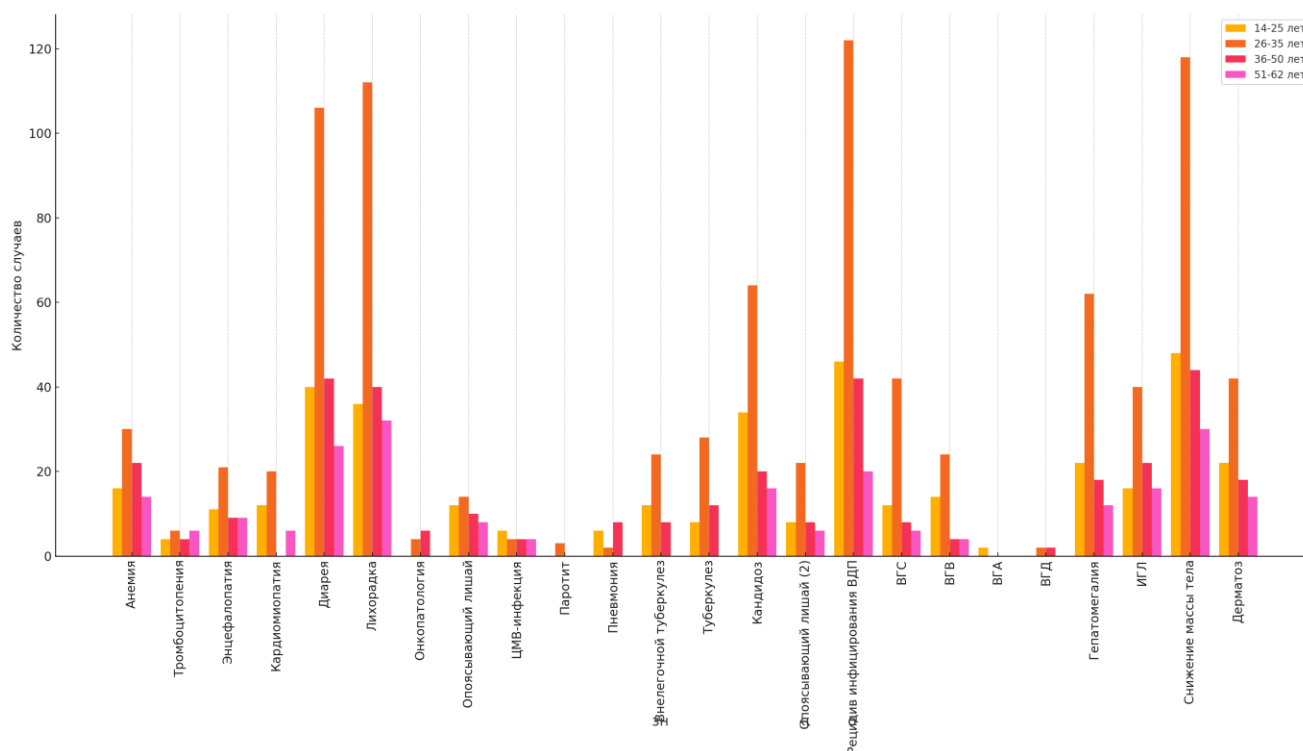


Рис. 1. Распространенность клинических признаков ВИЧ-1 инфекции по возрастным группам

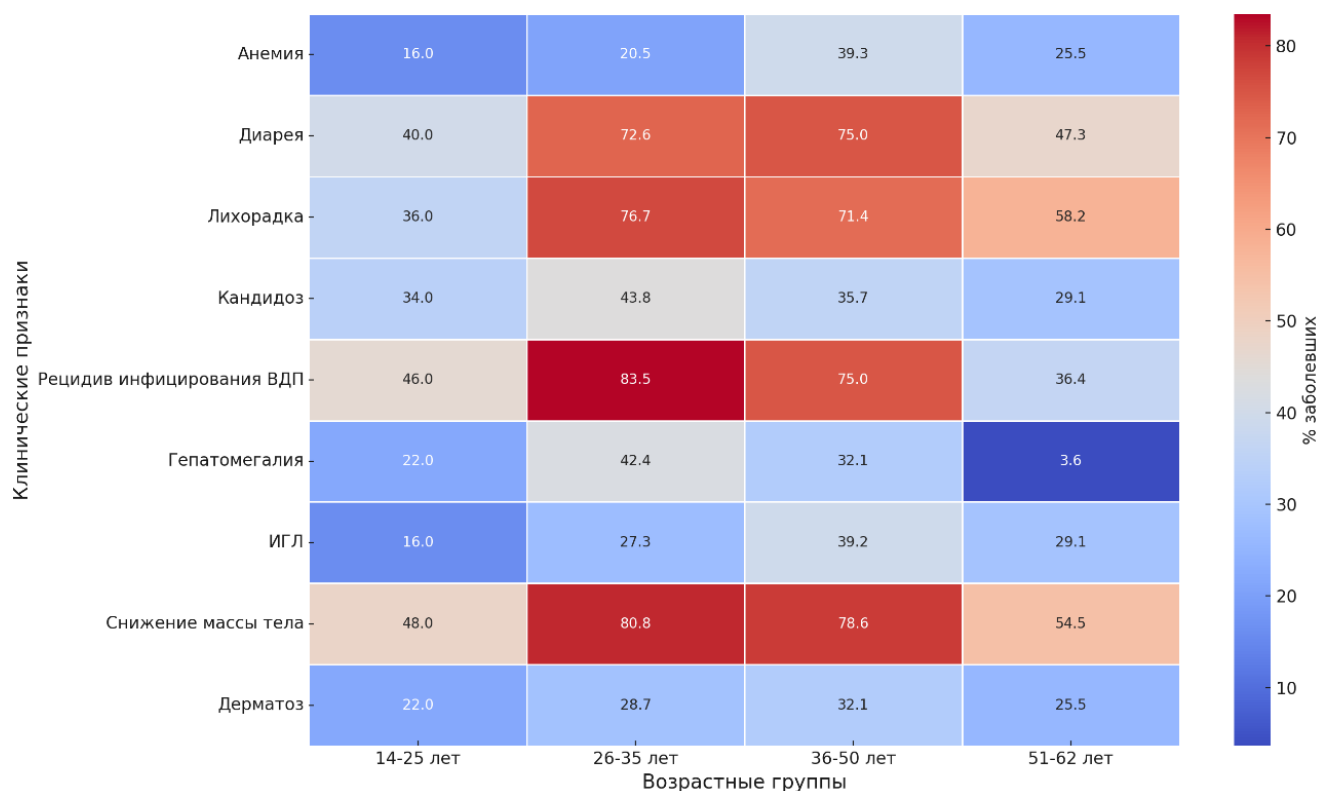


Рис. 2. Частота встречаемости клинических признаков ВИЧ-1 инфекции (>30%)

ВИЧ-энцефалопатия диагностировалась у 11% пациентов в возрастной группе 14–25 лет, у 14,3% - в группе 25–35 лет, у 16,07% - в группе 35–60 лет и у 16,3% - у пациентов старше 60 лет. Развитие данного состояния связано как с нейротоксическим действием вируса, так и с побочными эффектами антиретровирусной терапии.

ДКМП наблюдалась у 12% пациентов в группе 14–25 лет, у 13,6% - в группе 25–35 лет, не регистрировалась у пациентов 35–60 лет и выявлялась у 10,9% лиц старше 60 лет. Развитие кардиомиопатии, вероятно, обусловлено как непосредственным влиянием ВИЧ на миокард, так и последствиями вторичных инфекций и лекарственной терапии.

Дерматозы (пятнисто-папулезные, уртикарные, петехиальные высыпания на коже и слизистых) наблюдались у 22% пациентов в возрастной группе 14–25 лет, у 42% в группе 25–35 лет, у 18% - в группе 35–60 лет и у 14% - у пациентов старше 60 лет. Дерматологические проявления обусловлены иммунной дисфункцией и повышенной восприимчивостью к оппортунистическим инфекциям.

Следовательно, клиническое течение ВИЧ-инфекции у пациентов различного возраста сопровождается широким спектром патологических состояний, включая анемию, тромбоцитопению, энцефалопатию, кардиомиопатию, диарейный синдром, лихорадку, рецидивирующие инфекции, сопутствующие вирусные гепатиты, гепатомегалию, потерю массы тела и дерматозы. Наблюдаемые клинические проявления отражают степень иммунного истощения и нарушение функций жизненно важных органов и систем, требующие своевременной диагностики и комплексного терапевтического подхода [3, 6].

Таким образом, клиническая картина ВИЧ-1 инфекции значительно варьируется в зависимости от

возраста пациента, что важно учитывать при разработке стратегии лечения и мониторинга таких больных. ВИЧ-инфекция часто сопровождается различными инфекционными и неинфекционными заболеваниями, которые требуют комплексного подхода в диагностике и лечении.

Реабилитация людей, живущих с ВИЧ многогранный и многоуровневый процесс, который охватывает не только лечение самой ВИЧ-инфекции, но и решение множества сопутствующих заболеваний, а также преодоление психосоциальных проблем, связанных с заболеванием. Такой подход требует комплексного вмешательства, которое должно учитывать физическое, психосоциальное, правовое и экономическое состояние пациента [4, 5].

Эти заболевания, наряду с ВИЧ, могут значительно ухудшить качество жизни пациентов, поэтому их нужно лечить и контролировать на всех этапах реабилитации. Например, остеопороз требует назначения препаратов для укрепления костей, а сердечно-сосудистые заболевания антигипертензивной терапии [1, 7]. Не менее важной частью реабилитации является работа с психосоциальным состоянием пациента. Депрессия, тревожные расстройства, социальная изоляция и стигматизация с которыми сталкиваются многие люди, живущие с ВИЧ. Поэтому процесс реабилитации включает:

Реабилитационные центры для людей с ВИЧ должны обеспечивать всестороннюю медицинскую, психологическую и социальную помощь. Включение в программу реабилитации регулярных медицинских обследований, адекватного лечения сопутствующих заболеваний и психологической поддержки способствует улучшению качества жизни пациентов и их социальной адаптации.

Таблица 1. Инвалидность вследствие ВИЧ-инфекции

Стадия заболевания	Общее количество пациентов	Число инвалидов	% инвалидности в группе
Стадия I	38	0	0%
Стадия II	46	1	2,17%
Стадия III	133	12	9,02%
Стадия IV	140	65	46,43%
Итого	357	78	21,84%

Эффективность реабилитации зависит от многопрофильной работы специалистов, инфекционистов, терапевтов, психологов, социальных работников. Важным элементом является также доступ к антиретровирусной терапии, контроль вирусной нагрузки и соблюдение режима лечения, что помогает предотвратить развитие устойчивости вируса и повысить качество жизни пациента [7, 8].

ВИЧ-инфекция это заболевание, которое затрагивает не только физическое здоровье человека, но и его психосоциальное состояние. Одним из наиболее важных аспектов лечения и реабилитации людей, живущих с ВИЧ, является комплексный подход, включающий как медицинские, так и психосоциальные меры. ВИЧ может вызвать ряд нейрокогнитивных расстройств, таких как ВИЧ-ассоциированная деменция, а также различные психосоциальные расстройства, депрессию и тревожные расстройства. Эти симптомы могут существенно повлиять на качество жизни пациента, подрывая его эмоциональное состояние и способность адаптироваться в обществе.

Прогрессирование ВИЧ-инфекции до СПИД на поздних стадиях, когда иммунная система серьезно ослаблена, у пациентов развиваются оппортунистические инфекции, пневмоцистная пневмония, туберкулез, рак саркома Капоши, рак шейки матки и другие тяжелые заболевания. Это может привести к полной утрате способности к самостоятельному существованию и необходимости в постоянной медицинской помощи.

ВИЧ может непосредственно поражать центральную нервную систему, вызывая такие расстройства, как ВИЧ-ассоциированную деменцию, энцефалопатию и другие неврологические проблемы, которые ограничивают способность пациента к трудовой деятельности. У некоторых пациентов могут развиваться когнитивные нарушения, депрессия, психозы, которые также могут привести к инвалидности.

Прогрессирующая потеря костной массы остеопороз, заболевания суставов и хронические боли, связанные с ВИЧ, могут ограничить физическую активность пациента и стать причиной инвалидности.

Депрессия, тревожные расстройства и другие психические заболевания, связанные с хроническим заболеванием и стигматизацией ВИЧ, также могут привести к инвалидности, поскольку такие расстройства ограничивают социальную и профессиональную деятельность пациента.

Далее, в ходе исследования нами был проведен анализ численности пациентов, признанных инвалидами вследствие ВИЧ-инфекции, в зависимости от стадии заболевания. Согласно полученным данным, инвалидизация преимущественно отмечается на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. При I–III стадиях число пациентов, оформивших инвалидность, минимально либо

вовсе отсутствует, что указывает на компенсированное течение заболевания на этих этапах (табл. 1).

Наиболее высокая частота установления инвалидности была зарегистрирована среди пациентов с IV стадией заболевания, что обусловлено выраженной иммунной недостаточностью, множественными органическими поражениями и развитием стойких функциональных нарушений.

Таким образом, полученные результаты подтверждают, что инвалидизация при ВИЧ-инфекции напрямую коррелирует с прогрессированием заболевания и стадией иммунного истощения. Динамическое наблюдение и своевременное начало антиретровирусной терапии позволят значительно отсрочить наступление необратимых изменений в организме. При этом особую роль в профилактике инвалидизации и сохранении функциональной активности пациентов будет занимать этапная, комплексная и индивидуализированная медицинская реабилитация. Включение реабилитационных программ во ведение пациентов с ВИЧ-инфекцией будет способствовать замедлению прогрессирования патологических изменений, позволит сохранить социальную и бытовую независимость, а также существенно улучшит качество жизни больных.

Выводы. Клиническое течение ВИЧ-1 инфекции характеризуется полиморфизмом симптоматики и развитием тяжелых вторичных заболеваний, выраженность которых усиливается с прогрессированием иммунодефицита. Наиболее часто встречаются анемия, тромбоцитопения, нейрокогнитивные нарушения, гепатопатии, кардиомиопатия, кожные проявления и синдром мальабсорбции. Частота инвалидизации резко возрастает на поздних стадиях заболевания, что связано с выраженным нарушением функций жизненно важных органов. Своевременное начало антиретровирусной терапии, регулярный мониторинг состояния здоровья, профилактика и лечение сопутствующих патологий, а также этапная медицинская реабилитация играют ключевую роль в сохранении функциональной активности и улучшении качества жизни пациентов с ВИЧ. Комплексный мультидисциплинарный подход к реабилитации должен стать неотъемлемой частью долгосрочного ведения таких пациентов.

Литература:

1. Баранов А.А., Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД: руководство для врачей. М.: Медицина, 2018. 496 с.
2. Воронин А.А., Покровский В.В. ВИЧ-инфекция: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 304 с.
3. Ганичкин Ю.А., Брежнева О.В. Клинические особенности ВИЧ-инфекции у пациентов разных возра-

тных групп // *Журнал инфекционных болезней*. 2020. №3. С. 45–52.

4. Гилева, О. С., Ризаев, Ж. А., Бекжанова, О. Е., Козиялова, Н. А., Либик, Т. В., Данилова, М. А., ... & Немова, Е. М. (2023). Ключевые стоматологические проблемы пациента пожилого возраста: междисциплинарная образовательная платформа. *Пермский медицинский журнал*, 40(3), 60-77.

5. Клинические рекомендации по ведению пациентов с ВИЧ-инфекцией. М.: Минздрав РФ, 2022. — 124 с.

6. Мавлянова Н. Т., Ризаев Ж. А., Хасанова Л. Э. Поражение полости рта у ВИЧ-инфицированных // *Проблемы биологии и медицины*. — 2020. — №. 2. — С. 118.

7. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдувакилов Ж. У. Иммунологические аспекты патогенеза патологии пародонта у больных с хронической сердечной недостаточностью // *Journal of biomedicine and practice*. — 2016. — Т. 1. — №. 1. — С. 6-10.

8. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // *Достижения науки и образования*. — 2022. — №. 1 (81). — С. 75-79.

9. Ризаев Ж. А., Бекжанова О. Е., Ризаев Э. А. Оценка эндогенной интоксикации у детей с герпетическим стоматитом по спектральному составу веществ низкой и средней молекулярной массы // *Клиническая стоматология*. — 2017. — №. 4. — С. 15-17.

10. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // *Uzbek journal of case reports*. — 2022. — Т. 2. — №. 3. — С. 18-25.

11. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности // *Dental Forum. — Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии"*, 2017. — №. 4. — С. 70-71.

12. Скачкова О.В. Иммунологические аспекты течения ВИЧ-инфекции и их значение для терапии и

реабилитации // *Вопросы вирусологии*. 2021. №5. С. 17–24.

13. Clouse, K., Pettifor, A., Maskew, M., Bassett, J., Van Rie, A., & Gay, C., et al. (2019). The spectrum of HIV-associated morbidity in sub-Saharan Africa. *The Lancet HIV*, 6(12), e849–e858. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30218-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30218-9)

14. Deeks, S.G., Overbaugh, J., Phillips, A., & Buchbinder, S. (2021). HIV infection. *Nature Reviews Disease Primers*, 7, Article 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00265-7>

15. Fauci, A. S., & Lane, H. C. (2022). HIV/AIDS: Pathogenesis, Treatment, and Prevention (pp. 1–450). Amsterdam: Elsevier.

16. World Health Organization. (2021). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: Recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization.

17. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-1 ИНФЕКЦИИ И ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Кадиров Ж.Ф.

Резюме. В статье представлены данные о клиническом течении ВИЧ-1 инфекции у пациентов различных возрастных групп, наиболее частые патологические проявления, включая анемию, тромбоцитопению, ВИЧ-энцефалопатию, кардиомиопатию, дерматозы, потерю массы тела и диарейный синдром. Отмечены возрастные особенности развития вторичных вирусных инфекций, сопутствующих заболеваний и их вклад в инвалидизацию пациентов. Показана прямая корреляция между прогрессированием ВИЧ-инфекции, развитием иммунодефицита и ростом частоты инвалидности. Подчеркнута необходимость комплексного подхода в лечении, реабилитации и социальной поддержке людей, живущих с ВИЧ.

Ключевые слова: реабилитация, инвалидизация, антиретровирусная терапия, иммунодефицит.